

FAÇULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 97

La
TUBERCULOSE de la BOURSE SÉREUSE
Sous-Deltoïdienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles JACQUET-FRANCILLON

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à VOIRON (Isère) le 19 Octobre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

LA TUBERCULOSE DE LA BOURSE SÉREUSE
SOUS-DELTOÏDIENNE

La

TUBERCULOSE de la BOURSE SÉREUSE

Sous-Deltoïdienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles JACQUET-FRANCILLON

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à VOIRON (Isère) le 19 Octobre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie.....	LATARJET.
Histologie.....	POLICARD.
Physiologie.....	DOYON.
Pathologie interne.....	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	MOURIOUAND.
Anatomie pathologique.....	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale.....	Etienne MARTIN.
Hygiène.....	COURMONT (P.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	X.
Pharmacologie.....	FIG.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÄVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;

DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

C'eût été pour lui une profonde joie
d'assister au couronnement de mes
études ; ma pensée va vers lui en hom-
mage de vénération et de profond
attachement.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Mort au Champ d'Honneur

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRÈRE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions d'accepter nos plus respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. DUNET

Professeur agrégé à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est à lui que nous devons l'inspiration de ce travail. Il nous a donné son temps, sa peine, sa haute bienveillance : Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance et de notre très profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE GRENOBLE

LA TUBERCULOSE DE LA BOURSE SÉREUSE SOUS-DELTOÏDIENNE

Introduction.

L'hygroma tuberculeux sous-déltoïdien est une affection à caractères bien déterminés, et qui constitue presque une rareté pathologique. Nous n'avons pu, en effet, en recueillir qu'un petit nombre d'observations; cela vient de ce que nous nous sommes attachés à ne publier que des cas nets, où il n'entrait en jeu qu'un processus bacillaire indéniable. Nous avons éliminé toutes les tuberculoses para ou juxta-articulaires non séreuses qui se rencontrent là comme au niveau des autres articles ; nous avons éliminé en outre les hygromas où le bacille de Koch n'était pas en cause ; car, Aldo Avoni dans un article récent de la « Chirurgia degli organi di movimenti », avril 1921, s'est attaché à prouver qu'il était fréquent de trouver à la base de cette affection une infection par des microbes pathogènes banaux : streptocoques, staphylocoques, ou pneumocoques.

Ce n'est donc qu'à une catégorie bien délimitée d'hygromas sous-déltoïdiens que nous nous intéresserons,

Après avoir donné un rapide aperçu anatomique de la région, nous essayerons, d'après les observations que nous avons pu réunir, de dégager l'étiologie de cette affection.

Ensuite, nous exposerons les symptômes et les éléments sur lesquels on peut baser le diagnostic. Dans un dernier chapitre enfin, nous verrons quel est le traitement efficace qui s'impose dans le cas qui nous intéresse.

C'est à M. le Professeur agrégé Ch. Dunet que nous devons l'idée de ce travail. Il a bien voulu nous fournir deux observations personnelles, publiées en collaboration, l'une avec M. le Professeur Bérard, l'autre avec M. le Professeur agrégé Patel, ainsi que les gravures qui illustreront notre texte ; nous l'en remercions profondément.

Nous assurons également de notre reconnaissance M. le Docteur Delore qui a bien voulu nous permettre de puiser dans ses observations un cas qu'il avait récemment opéré.

CHAPITRE PREMIER

Rappel anatomique.

L'anatomie nous montre autour de chaque article la présence de bourses séreuses plus ou moins développées, qui aident au glissement et facilitent l'action des muscles moteurs de ces articulations. L'articulation scapulo-humérale suit la règle commune et, ici, en raison des mouvements presque continuels qu'effectue cet article, les bourses séreuses acquièrent un développement remarquable.

Si, après avoir enlevé le deltoïde, nous jetons un coup d'œil sur la région ainsi mise à nu, nous voyons apparaître l'articulation scapulo-humérale, avec ses reliefs osseux et fibreux. En haut, l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule, unis par l'articulation acromio-claviculaire. Au-dessous et sur un plan légèrement plus profond, l'apophyse coracoïde avance le promontoire épais et résistant qui sert d'insertion au petit pectoral, au coraco-brachial et à la courte portion du biceps. Une lame fibreuse très résistante,

disposée en sorte de voûte, réunit l'acromion à l'apophyse coracoïde. Puis, séparée de ces apophyses par la partie externe de la capsule articulaire de l'épaule, la tête humérale apparaît avec son relief osseux externe : ce sont le trochin et le trochiter, sur les facettes duquel viennent s'insérer de nombreux muscles. Entre les deux, dans sa coulisse, glisse le tendon de la longue portion du biceps, qu'accompagne la synoviale de l'articulation scapulo-humérale. Audessous de ces saillies, la tête humérale s'amincit, pour se continuer avec la diaphyse osseuse par le col chirurgical.

Mais toutes ces formations que nous venons d'énumérer n'entrent pas en contact direct avec la face profonde du deltoïde, d'ailleurs recouverte de son aponevrose. Il existe, en effet, à ce niveau, une bourse séreuse, la plus grande et la plus constante de celles de l'épaule. Elle recouvre la voûte acromio-coracoïdienne d'une part, les tubérosités de l'humérus et le manchon capsulaire d'autre part ; elle s'étend assez souvent plus en dedans, sur la face supérieure du tendon du sus-épineux. Elle communique parfois — mais Poirier note le fait comme exceptionnel — avec la synoviale articulaire de la scapulo-humérale. Par contre, les auteurs sont d'accord pour dire qu'on la rencontre rarement isolée, vraiment à l'état de bourse sous-deltoïdienne. Si cette disposition, en effet, se rencontre chez de très jeunes sujets, il est de règle chez l'adulte de voir la bourse séreuse sous-deltoïdienne communiquer, par l'intermédiaire d'un étranglement, avec une autre bourse séreuse située entre le

tendon du sus-épineux et la face inférieure de l'acromion. Cette disposition est tellement fréquente que Testut, tout en notant la possibilité de leur individualisation, réunit la description de ces deux formations en une seule, qu'il appelle la bourse sous-acromio-delhoïdienne.

Cette bourse séreuse, siège du processus pathologique qui fait l'objet de notre travail, est de beaucoup la plus importante des bourses séreuses péri-articulaires de la scapulo-humérale. Elle est assez développée à l'état normal pour contenir vingt et même trente grammes de liquide (Testut) et son étendue s'explique facilement par les mouvements incessants, pour ainsi dire, qu'effectue la tête humérale au-dessous de l'apophyse coracoïde et du deltoïde.

Observations.

OBSERVATION I

MM. le Professeur L. BÉRARD et Ch. DUNET

(*Revue de Chirurgie*, 1923, p.)

Mme X..., âgée de 39 ans, entre dans notre service à l'Hôtel-Dieu pour une tuméfaction de l'épaule gauche ayant débuté il y a un an environ.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents, sa santé a toujours été excellente ; mariée, elle a deux enfants bien portants.

Il y a un an elle commence à éprouver de légères douleurs scapulaires à l'occasion des mouvements du bras en arrière. Tous les autres mouvements restaient indolores. Six mois après elle voit apparaître une petite tumeur au niveau de la face antérieure de l'épaule qui augmente insidieusement de volume, en même temps que les douleurs diminuent d'intensité.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu, en octobre 1919, on est frappé par la présence d'une tuméfaction arrondie siégeant à la face antérieure de l'épaule gauche et ayant le volume d'une grosse orange.

A son niveau, la peau qui est restée très mobile sur les plans profonds laisse voir par transparence quelques larges veines dilatées.

La tumeur uniformément lisse, présente, en arrière, des limites diffuses ; elle est mobile sur les plans profonds et ne présente aucune attache avec le squelette sous-jacent. Elle donne une sensation de résistance élastique, puis de fluctuation lorsqu'on fait porter le bras en arrière. La ponction exploratrice ramène du sang.

Les mouvements de l'articulation de l'épaule ont conservé leur amplitude normale.

Il existe dans l'aisselle de petits ganglions qui n'ont rien de caractéristique.

La radiographie montre l'intégrité du squelette. L'état général est excellent, la malade n'accuse aucun amaigrissement.

Intervention le 18 octobre 1919. (Professeur Berard.)

Anesthésie rectale par lavement oléo-éthéré : mauvais résultat, nécessitant une anesthésie générale par voie buccale.

Incision cutanée au point le plus saillant de la tumeur, dissection cutanée. A ce moment la ponction ramène deux cuillerées d'un liquide gommeux clair. On dissocie les fibres antérieures du deltoïde et on dissèque soigneusement la poche kystique qui adhère intimement à la face profonde du deltoïde et en dedans aux parties molles articulaires et on peut en faire l'ablation totale. Recostitution du deltoïde, suture des plans superficiels.

La malade sort guérie fin octobre 1919.

La paroi de la poche a une épaisseur de 3 à 4 mm., sa surface interne est tomenteuse, tapissée de masses fibrinoïdes. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un hygroma d'origine tuberculeuse. Les couches les plus externes sont formées par un tissu conjonctif dense, adulte, sur lequel reposent des follicules à différents stades, de conglomération ou de caséification ; la plupart sont typiques avec cellules géantes uniques ou multiples, couronnés de cellules épithéloïdes et embryonnaires lymphoïdes.

Nous avons écrit à la malade, et elle nous a répondu le 11 février 1923 que son état général était parfait, ainsi

que son état local. Pendant les mois qui suivirent l'intervention, elle ressentit parfois de légères douleurs dans le moignon de l'épaule. Actuellement ces douleurs ont complètement disparu et l'articulation de l'épaule ne donne pas le moindre signe de souffrance.

OBSERVATION II

MM. PATEL et Ch. DUNET

(Communication à la Société de Chirurgie de Lyon,
février 1924)

Il s'agit d'un malade, âgé de 22 ans, qui se présente avec une volumineuse tumeur sous-deltôïdienne gauche. Nous n'avons pas retrouvé dans ses antécédents la moindre trace de lésion tuberculeuse. Exerçant la profession de garçon livreur, le malade avait l'habitude de porter les fardeaux sur l'épaule gauche, siège de la lésion.

La tuméfaction qui l'amena à l'hôpital et dont on peut voir l'énorme développement sur la photographie n° 2, est apparue en janvier 1922, s'accompagnant de légers picotements, mais jamais de douleurs.

Le malade, fut réformé en mai pour cette lésion. Depuis cette époque la tuméfaction augmente progressivement de volume, sans provoquer d'autres troubles qu'une gêne légère et une fatigue rapide qui n'empêchèrent d'ailleurs jamais le porteur de continuer son métier.

A l'entrée, à l'hôpital de la Croix-Rousse, en juillet 1923, dans le service du Docteur Patel, nous notons une déformation considérable du moignon de l'épaule par une tuméfaction de l'épaule dont le siège est d'une façon évidente sous-deltôïdien. Dans l'attitude de relâchement du deltoïde, cette tuméfaction est nettement fluctuante dans tous les sens surtout d'arrière en avant et vice versa.

Elle s'étend en avant jusqu'au sillon delto-pectoral, remonte en haut jusqu'à l'acromion, descend en bas à un travers de doigt au-dessus de la pointe du V deltoïdien, suit en arrière le bord postérieur du même muscle pour s'arrêter au niveau de l'épine de l'omoplate.

Lorsque l'on met le deltoïde en état de contraction forcée, la fluctuation n'est plus perçue.

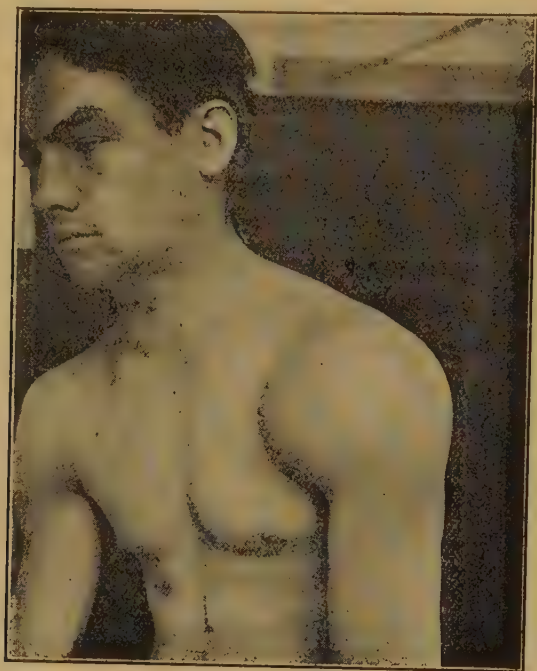


Figure 1.

Malade de l'Observation II.

Tous les mouvements de l'articulation scapulo-humé-rale sont libres. Il n'existe pas de points douloureux osseux. Dans le creux axillaire existent quelques ganglions sans caractères précis. Il n'y a pas d'atrophie marquée

des muscles du membre atteint, ce qui s'explique aisément par ce fait que le malade a toujours pu se servir de son membre supérieur jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

L'état général est satisfaisant ; il n'y a ni température, ni lésions pulmonaires.

Intervention le 28 juillet 1923 (Docteur Dunet).

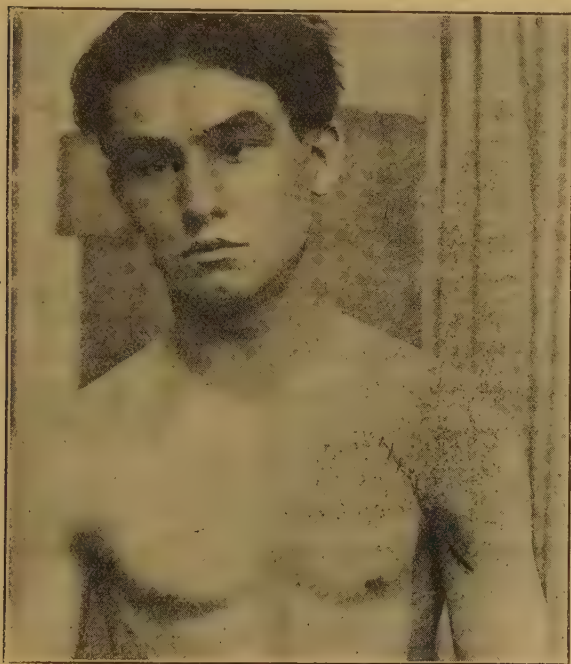


Figure 2.

Malade de l'Observation II.

Etant donné le très grand développement de la poche, nous avons discuté, avant l'intervention, la possibilité d'une incision double, pré et rétro-deltaïdienne, facilitant la dissection et l'extirpation en bloc de la lésion

tuberculeuse, à la façon d'une tumeur. Nous étions d'ailleurs bien décidés à n'employer si possible qu'une incision antérieure entraînant des dégâts anatomiques insignifiants.

En fait, une seule incision oblique pratiquée dans le sillon delto-pectoral nous permit de réaliser l'exérèse intégrale et en bloc de la tumeur sous-deltoïdienne. La dissection de la bosse antérieure fut facile, mais les difficultés commencèrent lorsqu'il fallut dégager le pôle inférieur et la portion postérieure, dorsale de la poche. Cependant grâce à l'aide de très larges écarteurs, réclinant en bas et en dehors le muscle, en s'aidant également de la rotation forcée en dedans du bras, l'on put après ponction et évacuation d'une très grande quantité de grains riziformes, libérer la plus grande partie de la poche en pénétrant dans un plan de clivage ménagé entre la paroi de la bourse séreuse épaissie et l'aponévrose deltoïdienne profonde.

Un point délicat de l'intervention fut la dissection de la portion haute de la bourse séreuse d'avec la capsule articulaire scapulo-humérale. Les difficultés étaient augmentées par ce fait que la poche poussait un prolongement de 3 à 4 centimètres que l'on voit nettement sur la figure n° 4 ; prolongement qui se trouvait entre la tête humérale et l'acromion. Il s'agissait en réalité non pas d'une simple poche sous-deltoïdienne, mais sous-acromio-deltoïdienne. Ces manœuvres furent facilitées en relevant la poche en masse et en disséquant la capsule de bas en haut.

Réunion par première intention.

Excellentes suites opératoires.

OBSERVATION III

Inédite

(Due à la bienveillance de M. le Docteur DELORE)

Mme L..., 22 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans ; à 16 ans signes d'anémie, traitée et améliorée ; à 19 ans, érythème noueux persistant pendant trois mois.

Pendant sept mois, douleurs articulaires qui s'accompagnent d'impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Progressivement la douleur passe ; en dix-huit mois la malade est guérie ; mais la convalescence est longue, la malade est faible, elle travaille peu.

Depuis dix-huit mois, la région deltoïdienne gauche est augmentée de volume. Il y a trois mois sont apparues de légères douleurs. Il y a quinze jours enflure et douleur du pied droit.

Examen : Etat général médiocre. La malade est maigre, sans force, sans appétit ; elle n'a cessé de maigrir depuis les poussées rhumatismales signalées plus haut.

L'épaule gauche et le siège d'une tuméfaction globale ; sans points indurés, ni douloureux. Cette tuméfaction est nettement fluctuante. Les mouvements sont limités, douloureux si on insiste, mais permettent encore l'usage presque normal du membres. Les douleurs spontanées sont fréquentes la nuit. Il n'y a pas d'atrophie, pas d'adénopathie du creux de l'aisselle.

Radiographie de l'épaule : Négative.

Intervention le 21 juin 1921. Incision et résection en avant du deltoïde. L'articulation contient un peu de liquide. Mais la tumeur principale est en réalité dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne. Les dimensions sont vastes. Les parois sont très épaisses. A l'intérieur sont de nombreux grains riziformes, aplatis, lamellaires. On enlève complètement la bourse sans difficulté.

Réunion per primam.

(En même temps on fait un plâtre pour l'arthrite médio-tarsienne que présentait la malade.)

10 novembre 1921. — Epaule guérie, mais intervention au niveau de la médio-tarsienne.

10 janvier 1922. — La malade quitte le service.

25 juin 1922. — Mauvais état général, fièvre, sueurs nocturnes, ablation du plâtre, curettage.

La malade quitte l'hôpital, depuis on est sans nouvelle.

OBSERVATION IV

DELORME (1894)

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard quinze jours avant son entrée dans mon service du Val de Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne droite s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement en deux jours, la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement régulier était surtout accusé en avant et en bas ; on percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot sans frottement ou bruissement. Les mouvements passifs d'élévation de l'épaule étaient peu douloureux, surtout limités, et les mouvements actifs étaient plus bornés que les mouvements passifs. : Douleurs presque nulles à la pression directe de la région ; pas de douleurs ressenties dans l'article par une pression sur l'extrémité inférieure de l'humérus, pas de réaction locale ou générale.

Je pensais à un hygroma sous-deltoïdien, mais comme je ne pouvais absolument éloigner l'idée d'une bacillose articulaire avec abcès froid sous-deltoïdien, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux héréditaires ou acquis, j'avais toutes raisons d'ouvrir la poche par l'incision antérieure de Baudens.

Celle-ci était remplie de près d'un verre d'un liquide de la couleur de l'urine, limpide, quelque peu consistant, presque gélatineux. La paroi interne de la poche, tomenteuse, vasculaire, était recouverte de dépôts fibreux analogues à ceux qu'on rencontre dans les pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide.

Après un raclage avec une grosse curette tranchante, dont la manœuvre en arrière, était facilitée par l'abduction forcée du bras, je ne pus, à un examen très attentif reconnaître le moindre prolongement tuberculeux vers l'article. Cautérisation à la solution de chlorure de zinc à 1/10°. Plaie réunie *per primam*. Injection, le quinzième jour, de chlorure de zinc par le drain.

Guérison en un mois avec rétablissement intégral des mouvements et disparition des douleurs.

L'examen histologique de la paroi tomenteuse de la poche fut pratiquée par M. le Professeur Laveran, du Val-de-Grâce. Elle était constituée par du tissu fibreux ou embryonnaire avec de nombreuses granulations tuberculeuses jeunes ou plus avancées dans leur évolution (masse caséeuse au centre). Les granulations jeunes avec leurs cellules géantes centrales étaient caractéristiques. Le tissu musculaire qui limitait la poche en dehors était profondément dégénéré. On ne distinguait çà et là que quelques fragments de fibres striées.

OBSERVATION V

(TILLAUD, *Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris*, 1894)

Au cours de la discussion de l'observation précédente, M. Tillaud déclare : « J'ai vu, il y a longtemps, chez un garçon d'apparence vigoureuse, un hygroma sous-deltôïdien. Il guérit à la suite d'une injection iodée, mais dix ans plus tard, je dus lui réséquer l'épaule, il avait une tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale.

OBSERVATION VI

(In Thèse MARNAC-ROBERT)

Louis L..., 25 ans, garçon chez un marchand de vins, entre, le 17 juillet 1858, à l'Hôtel-Dieu. Ce jeune homme est de haute taille et d'apparence très vigoureuse. L'affection a débuté, il y a un an, par du gonflement progressif de l'épaule droite, qui est le siège de petites douleurs.

A l'entrée : présence, dans la région deltoïdienne droite, d'une tumeur lisse, molle, indolente à la palpation, qui permet de noter de la fluctuation et de la crépitation.

Intervention. — La ponction permet de retirer un liquide clair, filant, 150 gr. environ, avec de nombreux grains riziformes. Injection de teinture d'iode.

Le malade quitte l'hôpital quatorze jours après la ponction ; il persiste une légère induration de la région deltoïdienne.

OBSERVATION VII

(GOSSELIN)

Un jeune homme de 17 ans présente à l'épaule gauche une tumeur fluctuante, du volume d'une demi-orange. Il ne présente ni douleur, ni inflammation. Ce jeune homme est cultivateur et porte à la ville des paquets assez lourds, qu'il charge sur son épaule gauche. La tumeur est ancienne ; le malade ne peut en préciser le début.

La ponction permet de ramener 40 grammes de liquide roussâtre, avec de nombreux grains riziformes. Injection iodée, compression. Le malade sort guéri, après un mois.

OBSERVATION VIII

(SYDNEY, *The Lancet*.)

Jane T..., 29 ans, présente à l'épaule une tumeur du volume d'une orange. Cette tumeur fluctuante n'est pas douloureuse, mais l'épaule atteinte est faible.

Le 27 mai 1868,, la ponction permet de ramener un liquide opaque, visqueux, mélangé à des corpuscules nombreux, ayant la forme de grains de melons.

Le 3 juin, la tumeur est réapparue : on incise et on évacue de nombreux grains riziformes.

L'épaule suppure, mais le 6 juillet la guérison est presque complète.

OBSERVATION IX

(STANLEY, *Médecine Times*, 1883)

Elisabeth S..., 11 ans. — Bénéficiant d'une bonne santé, elle entre, en juin 1853, dans le service, présentant une volumineuse tumeur du deltoïde droit.

La ponction ramène 25 centimètres cubes de liquide jaune filant, avec une grande quantité de grains riziformes.

Le 5 octobre, injection de teinture d'iode.

Le 22 octobre, l'incision évacue 50 centimètres cubes de liquide filant.

Le 31 octobre, la malade quitte le service avec une tumeur diminuée de moitié, mais encore perceptible.

OBSERVATION X

(BILLIAUT)

Mlle M... entre le 20 novembre 1891. Elle a présenté de l'adénite cervicale à 5 ans et a fait dix-huit mois de gouttière de Bonnet, à 12 ans. Elle marche sans trop de gêne.

Elle vient pour une tumeur de l'épaule datant de dix-huit mois. Cette tumeur est indolore, molle, fluctuante. Elle ne gêne pas les mouvements.

L'incision évacue un liquide foncé, avec de gros grains riziformes. On suture et on injecte 60 grammes d'huile iodoformée.

L'examen du liquide et des grains montre qu'il s'agit de bacillose.

Après trois mois, pas d'amélioration.

Le 3 avril 1892, l'incision évacue de nombreux grains riziformes. On pratique un curettage et on badigeonne au chlorure de zinc.

Guérison. Aucune gêne des mouvements.

OBSERVATION XI

(LANDOW)

W... Jones, 13 ans, entre le 25 janvier 1888. L'enfant aurait été malade de la poitrine. Il vient à l'hôpital, parce qu'un mois avant est apparue, au niveau de son épaule gauche, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur fluctuante est indolore.

Le 29 janvier 1888, on incise et évacue un liquide louche et environ 200 grains riziformes. Les parois de la bourse sont très épaisses, colorées en rouge grisâtre,

recouvertes de nombreux grains riziformes plus ou moins adhérents.

Suture après drainage.

Cicatrisation complète le 10 février.

L'examen histologique ne laisse aucun doute sur la nature de la tumeur, qui est nettement tuberculeuse.

OBSERVATION XII

(Thèse MORNAC)

L... Alphonsine, 23 ans, ménagère, entre le 8 juin 1898 à Saint-Louis, sans aucun antécédent héréditaire.

A 3 ans, chute sur l'épaule ; la malade prétend avoir eu une luxation réduite par un rebouteux. L'épaule a toujours été un peu douloureuse.

En avril 1898, pleurésie gauche, probablement bacillaire, sans hémoptysie, sans amaigrissement.

A l'examen, la peau est normale ; l'épaule est le siège d'une tumeur fluctuante où l'on note de la crépitation. L'articulation est légèrement douloureuse.

L'opération a lieu le 15 octobre 1898 : l'incision longue, menée sur la partie antéro-externe de l'épaule, depuis l'acromion jusqu'au bord inférieur du deltoïde, permet d'ouvrir la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

Evacuation d'un liquide séreux, contenant de nombreux grains riziformes ; on dissèque et on enlève la bourse.

Cette bourse est épaisse, mais souple. Sa surface interne présente des végétations arborescentes. Le volume des grains varie de celui d'un grain de riz à celui d'un grain de café ; ils sont jaunes et résistants.

La cicatrisation est complète après trois semaines.

La malade sort.

L'examen histologique confirme d'une façon indubitable le diagnostic de tuberculose.

OBSERVATION XIII

Docteur René VILLAR

(Société anatomo-clinique de Bordeaux, 12 nov. 1923)

Il s'agit d'une jeune fille de 29 ans présentant un hygroma sous-deltoidien bi-latéral. La ponction ramène un liquide louche en petite quantité et des corpuscules ressemblant à des grains riziformes. Ces hygromas se présentent sous forme de deux collections fluctuantes avec frottement doux à la palpation. Les deux articulations scapulo-humérales ont gardé leur fonctionnement parfait.

Les deux poches sont facilement énucléables à leur superficie et adhérentes dans la profondeur. Leur face interne présente des excroissances villeuses.

A l'intérieur, grand nombre de grains riziformes.

CHAPITRE II

Etiologie.

Ce qui frappe au premier abord, à la lecture des observations que nous avons pu réunir au sujet de la tuberculose de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, c'est l'âge des sujets atteints par cette affection. Aucun de nos malades n'a dépassé 40 ans et, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'adolescents de 15 à 25 ans (75 %). Il semble donc que le vieillard et l'enfant (un cas de 11 ans et un de 13 ans) soient épargnés par cette localisation du bacille de Koch, qui semble ne s'effectuer qu'à l'âge moyen de la vie.

Par contre, au point de vue du sexe, il est difficile de trouver à la tuberculose de la bourse séreuse sous-deltoïdienne une prédilection marquée en faveur de l'homme ou de la femme ; sur les 13 cas que nous avons pu rassembler, nous relevons, en effet, 6 hommes et 7 femmes, soit un pourcentage sensiblement égal. Seule, peut-être, une statistique plus nombreuse permettrait de trancher ce point ; mais cette affection

est rare et le petit nombre de cas publiés et de ceux que nous avons pu rassembler, ne nous permet pas de nous faire une opinion à ce sujet.

L'épaule droite et l'épaule gauche paraissent payer à peu près le même tribut à cette affection, 6 cas à gauche, 3 cas à droite et 3 cas indéterminés. Cette constatation empêche d'en chercher l'étiologie dans les efforts ou les chocs répétés qui, normalement, portent sur l'épaule droite. Il est vrai que dans l'une de nos observations (N° 2, Patel et Ch. Dunet), le malade avait l'habitude de porter des colis lourds sur l'épaule gauche, celle qui est en cause. Dans une autre (N° 12), on peut relever à l'origine un traumatisme violent qui aurait même causé une luxation de l'épaule. Mais ce sont là deux faits isolés, que ne corroborent pas l'étude des autres observations, et là encore, il paraît difficile d'en tirer une conclusion ferme.

Dans quelques cas (Observations III, X, XI, XII), la tuberculose de la bourse sous-deltaïdienne a constitué une localisation d'une bacillose prouvée (Obs. III, X, XI), ou probable (Obs. XIII). Dans l'observation communiquée par M. le Docteur Delore, elle semble même avoir été le point de départ d'une infection qui s'est manifestée ultérieurement par des localisations osseuses.

Néanmoins, le plus grand nombre de cas montre que l'on a affaire à des sujets sains, indemnes de toute atteinte antérieure et chez lesquels on ne peut incriminer une hérédité chargée ; l'observation de Delorme est caractéristique à ce sujet : « Il s'agit, dit-il, d'un

vigoureux cuirassier », et il note en terminant : « Le fait que je viens de relater prouve que la tuberculose peut être encore à craindre dans des cas cliniquement plus douteux, alors que le malade n'accuse aucune autre manifestation bacillaire, qu'il n'y a aucun antécédent héréditaire, qu'il est vigoureux... ».

Il semble donc que nous soyons en mesure de dire que cette affection apparaît sans que l'on puisse incriminer l'action d'un traumatisme chez des sujets sains, pour lesquels elle constitue une atteinte locale, isolée de l'infection bacillaire.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

La localisation du bacille de Koch au niveau de la bourse séreuse sous-delhoïdienne peut, comme au niveau des autres séreuses, engendrer plusieurs types anatomo-pathologiques. Une des formes qui constitue en somme le degré minimum d'infection de la bourse est l'*hydrops tuberculosus*. La synoviale réagit en sécrétant un liquide clair, citrin, qui vient occuper l'intérieur de la bourse et dilater au maximum sa cavité. Cette forme est une forme rare, peut-être parce qu'elle constitue une première étape de la maladie que l'on est rarement appelé à voir. Les signes fonctionnels sont nuls et les signes physiques peu marqués. Ils n'inquiètent en effet aucunement le malade et l'on se trouve simplement en présence d'une tumeur sous-delhoïdienne de petit volume que seul fait déceler un examen attentif. Le plus souvent, le sujet laisse évoluer son affection ; le processus tuberculeux se développe ; la bourse séreuse acquiert un volume

plus considérable ; les parois s'organisent, s'épaississent ; la sécrétion interne devient plus abondante, et nous sommes alors à la période d'état de la maladie, celle où le développement de la tumeur amène le malade à l'hôpital.

A ce moment, nous nous trouvons en présence de deux formes bien distinctes, au point de vue anatomo-pathologique.

La première forme, très rare, puisqu'elle ne se rencontre que dans 16 % environ de nos observations, est constituée par la *synovite fongueuse*. La bourse séreuse, alors très développée, et dont les parois sont résistantes renferme un séro-pus jaune rougeâtre, épais, filant. La paroi interne de cette bourse montre une surface irrégulière, tapissée de fongosités rouge vineux, mollasses. L'examen histologique de ces néoformations permet d'y reconnaître tous les caractères des lésions bacillaires : follicules tuberculeux, avec cellules géantes et bacille de Koch.

La deuxième est la *synovite à grains riziformes*, qui fait l'objet de 10 de nos observations sur 13. Avant d'en arriver à ce stade, l'affection aura duré très longtemps, des mois, parfois même des années, et l'étude clinique nous montre que malgré cette lente évolution, la fistulisation est très rare ; nous n'avons pu la relever, en effet qu'à la suite de ponctions et dans ces cas, on est en droit de se demander quelle est la part qui revient au trocart dans la création des fistules.

L'examen du malade nous a montré l'intégrité des muscles ; la tumeur n'a pas d'adhérence ; le deltoïde

que l'on fait contracter est soulevé en masse, il a conservé, ainsi que les muscles voisins, son intégrité totale et n'est le siège d'aucune atrophie et d'aucun processus morbide. Cependant, la bourse séreuse est par-



Figure 3.

Coupe horizontale passant par l'articulation de l'épaule.

a) Deltoïde;

b) Hygroma sous-deltoïdien faisant saillie au niveau de la face antérieure.

fois très volumineuse : l'incision pré-deltoïdienne nous la montre débordant largement le muscle en avant et, au cours de l'intervention, nous la verrons s'insinuer par son prolongement supérieur au-dessous

de l'apophyse coracoïde, alors qu'en arrière elle s'étend au delà du bord postérieur du muscle.

Malgré son étendue, cependant, elle est bien limitée, contenue dans une capsule fibreuse épaisse et résistante, qui l'isole de l'articulation scapulo-humérale qu'elle n'atteint que rarement et, en tout cas, après une évolution très longue. Cette bourse séreuse une fois extirpée a une forme caractéristique bien mise en relief par la photographie que nous en donnons (fig. 4). Disposée en arc de cercle de grand rayon, elle présente deux étranglements permettant de distinguer trois lobes, l'un pré, l'autre sous, et le troisième post-delhoïdien. Le lobe médian communique par une partie réservée avec le prolongement sous-coracoïdien, dont nous avons parlé plus haut et qui, sur cette pièce, est isolé presque à la façon d'un champignon qui aurait poussé à la partie supérieure de cette tumeur.

Si nous incisons cette poche, nous en voyons s'écouler un liquide filant, citrin, dans lequel, en quelques cas, on a pu retrouver du bacille de Koch. Avec le liquide, on voit s'échapper nombre de grains riziformes blancs, jaunâtres, donnant au toucher une impression résistante de tissu fibreux et allant du volume d'un petit grain de blé à celui d'un grain de café. C'est la dimension maxima qui ait été notée dans une de nos observations (Obs. X).

Au microscope, la paroi de la tumeur montre des lésions de bacillose typique, de même que celles de la paroi fongueuse signalée plus haut, et rappelant l'aspect de toutes les localisations bacillaires. Cepen-



Figure 4.

Pièce opératoire (Obs. II).

La bourse sous-deltaïdienne a été extirpée en bloc.

On remarquera son aspect trilobé

et son prolongement supérieur sous-acromial.

nant, il est là un fait intéressant à noter : c'est la présence, dans la couche externe, de tissu conjonctif adulte abondant, formant la capsule résistante de la tumeur. Ce processus de défense explique l'intégrité des formations voisines et permet de penser qu'ici l'infection bacillaire va de dehors en dedans, des couches externes aux couches profondes. Nous verrons, au point de vue du traitement, toute l'importance que présente cette disposition spéciale des tissus.

CHAPITRE IV

Symptômes et Evolution.

DEBUT

Le début est essentiellement torpide, le malade est le plus souvent incapable de pouvoir préciser le commencement de cette affection, qui, pour certains, remonte à un et deux ans. Aucun prodrome, aucune gêne fonctionnelle, aucune douleur ne précèdent ou annoncent l'apparition de la tuméfaction. Ces malades ont pu continuer à vaquer à leurs occupations professionnelles, et à porter, comme c'est le cas dans certaines de nos observations, des objets fort lourds sur l'épaule malade. Ils ont vu peu à peu leur épaule enfler, et c'est là le seul symptôme qui les pousse à consulter.

ETAT

A une échéance plus ou moins lointaine cependant, cette symptomatologie se complète.

SIGNES FONCTIONNELS

Douleur. — Il s'agit rarement de douleurs vraies. *Le plus souvent, c'est une simple gêne fonctionnelle*, parfois des picotements, des sensations subjectives variées, que les malades traduisent de façons les plus diverses : tiraillements légers, tension sourde de l'épaule, pesanteur ou malaise accentué par certains mouvements. Mais ce qui caractérise ces sensations anormales, c'est, d'une part, leur *non retentissement sur l'articulation de l'épaule*, d'autre part, leur peu d'intensité par rapport au volume souvent considérable de la tuméfaction.

SIGNES PHYSIQUES

Inspection. — Dès le premier examen, on est frappé par l'aspect anormal de l'épaule atteinte. L'examen doit toujours être pratiqué, le malade étant nu jusqu'à la ceinture et comparativement avec le côté sain. D'emblée, on constate l'asymétrie évidente des deux épaules. L'épaule malade est, en effet, volumineuse, déformée dans ses reliefs normaux. Cette tumeur est située sur le côté externe de l'épaule, au-dessous du deltoïde, qu'elle soulève en masse. Le sillon deltopectoral est parfois occupé par un prolongement de cette masse qui fait saillie à ce niveau. Un prolongement analogue peut se voir également au bord postérieur du muscle. La peau est normale, ni rouge, ni hypervascularisée. Aucun trouble inflammatoire, pas d'œdème. Le bras a conservé son volume normal et

en faisant contracter les muscles, on constate qu'ils ne sont le siège d'aucune atrophie.

Palpation. — C'est elle qui est à la base du diagnostic et qui renseigne sur tous les caractères de cette tuméfaction dont nous venons de constater la présence.

Tumeur. — C'est une masse sous-deltoïdienne sentie à travers l'épaisseur du muscle. Son volume est variable, de celui d'un œuf de poule à celui d'un gros rein. Ses limites sont nettes, faciles à apprécier. Elle est généralement mobile. Pour apprécier comme il convient ce dernier caractère, le bras doit être mis dans la position de relâchement. On s'aperçoit alors qu'elle glisse sur le plan profond et si l'on fait contracter le deltoïde, on constate son indépendance. Cette attitude permet en outre d'apprécier la consistance. La masse sous-deltoïdienne est parfois molle, fluctuante, parfois tendue, rénitente. On a quelquefois le bruit de chaînons caractéristique des synovites à grains riziformes. Mais, dans la plupart des cas, où cette sensation est notée, on avait affaire à des bourses séreuses déjà ponctionnées, et au niveau desquelles les sensations tactiles étaient facilitées par la vacuité relative de la séreuse.

L'examen physique permet de compléter les signes fournis par la palpation et montre le retentissement discret de cette affection sur les organes voisins.

Les muscles n'ont rien perdu de leur mobilité et de leur contractilité. L'articulation scapulo-humérale

reste en dehors de la lésion. Les mouvements actifs et passifs ont conservé toute leur ampleur et se font sans la moindre gêne fonctionnelle et sans douleur.

La recherche des points douloureux osseux reste absolument négative. Certains auteurs ont toutefois signalé un point douloureux au niveau de l'insertion du muscle sur le V deltoïdien.

Ganglions. — Nos observations nous ont permis de constater, mais de façon inconstante cependant, l'engorgement des ganglions axillaires. Leur constatation, lorsqu'elle est possible, vient signer le diagnostic de la nature tuberculeuse de l'affection. Ils siègent, comme nous l'avons dit, dans le creux axillaire, où la palpation permet de les sentir ordinairement petits, mous et mobiles.

Radiographie. — La radiographie vient confirmer les résultats de l'examen et montrer l'intégrité absolue des surfaces articulaires et de l'extrémité supérieure de l'humérus dans son ensemble.

Etat général. — Dans la majeure partie des cas que nous avons rassemblés, l'état général est excellent : aucun signe de bacillose concomittante ; pas de température, et l'auscultation minutieuse reste pleinement négative. Dans quelques-unes de nos observations pourtant, la tuberculose de la bourse séreuse sous-deltoïdienne coïncidait avec d'autres atteintes bacillaires soit pulmonaires, soit osseuses ; mais ces faits, que nous avons signalés au chapitre de l'étiolo-

logie, restent isolés et soint loin de constituer la marche normale de l'affection.

En résumé, nous voyons donc que les signes se résument à la constatation d'une *tumeur de volume et de consistance variables, bien limitée, non douloureuse*, et n'apportant aucun trouble au fonctionnement de l'articulation de l'épaule.

Evolution et complications.

La bacilllose de la bourse séreuse sous-delhoïdienne est une affection essentiellement torpide, et nous n'avons jamais vu de bursites aiguës, à évolution rapide, susceptibles d'être rattachées à une inflammation bacillaire. Dans tous les cas faisant l'objet de notre étude et où le bacille de Koch est en cause, il s'est agi d'affection ayant évolué pendant des mois, parfois même pendant des années, sans se manifester autrement que par la présence d'une tuméfaction sous-delhoïdienne. Indolence, lenteur extrême du développement, absence de scapulalgie, tels sont les trois grands symptômes qui caractérisent sa longue évolution. L'articulation, pendant très longtemps, reste intacte. C'est à peine si, tardivement, le muscle deltoïde s'atrophie, et le malade, dont l'état général reste florissant, hésite bien des fois, en l'absence de

toute douleur et de toute gêne fonctionnelle, à accepter l'intervention qui lui est proposée.

Mais si c'est là la marche régulière et le plus souvent rencontrée de l'affection, le tableau clinique peut se compliquer et la scène fonctionnelle prendre peu à peu un caractère de gravité plus marqué.

Dans quelques cas, et au bout d'un temps variable, généralement très long, on voit cette bursite évoluer progressivement vers la fistulisation. La peau, saine et ne présentant jusqu'alors aucune modification, s'amincit, rougit, se tend, s'ulcère enfin, et une fistule s'installe, fistule tuberculeuse, avec son aspect bien particulier, ouvrant la porte à toutes les infections secondaires qui peuvent désormais venir se greffer sur cette lésion. C'est là une éventualité particulièrement rare. Les fistules, dont parlent nos observations, loin d'être spontanées, sont consécutives à des interventions et en particulier à des ponctions de la bourse séreuse. Le trocart n'agirait-il pas, dans ce cas, comme un agent d'inoculation le long de son trajet.

Plus graves et plus fréquentes aussi sont les *complications articulaires*. Abandonnée à elle-même, la bursite tuberculeuse tend à gagner l'épaule. Le voisinage de l'une et de l'autre explique suffisamment ce danger. A ce moment, l'allure clinique présentée jusqu'ici est profondément bouleversée : aux quelques signes extra-articulaires préexistants viennent s'ajouter tous les symptômes de la tumeur blanche de l'épaule. Le gonflement, la douleur, l'impotence fonctionnelle, la fonte rapide des muscles du bras occupent désormais la première place, s'accompagnant fréquemment d'un

état général altéré et masquent, à cette période, les symptômes de la localisation primitive.

C'est cette complication, le plus couramment observée, qui donne au pronostic toute sa gravité. Elle peut se manifester soit au cours d'une bursite bacillaire sous-deltoïdienne que l'on aura laissé évoluer, soit après une intervention insuffisante, souvent trop tardive et incomplète. L'observation de Tillaux est, à ce point de vue, assez démonstrative.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Il est bien rare que l'on ait à faire le diagnostic d'une bursite sous-deltoïdienne à son début ; son évolution insidieuse et cachée n'amène le malade au médecin que lorsque l'apparition d'une tuméfaction, son augmentation lente et progressive, commencent à l'inquiéter. Il ne souffre pas, aucune gêne, aucune faiblesse du bras ne l'ont arrêté dans son travail ; il ne présente en somme qu'une tumeur que l'on constate dans la région deltoïdienne. L'épaule est déformée, augmentée de volume, globuleuse, parfois irrégulière, et l'on reste frappé par son asymétrie avec le côté opposé. Nulle atrophie cependant ni du deltoïde, ni des muscles du bras. Nulle réaction inflammatoire ; la peau reste saine et d'aspect normal. Tous les mouvements actifs ont gardé leur intégrité, leur aisance et leur ampleur. L'examen direct décèle facilement les caractères particuliers de la tumeur. C'est une masse isolée, nettement circonscrite, sans adhérences aux plans superficiels ou profonds, mobilisable surtout lorsque le muscle est dans le relâchement et

ne compromettant en rien la contractilité de celui-ci. Indolence presque complète, absence de point douloureux osseux (si ce n'est parfois un point toujours localisée au V deltoïdien), absence totale de signes articulaires, à moins de complications, tels sont les signes qui, joints à la perception inconstante d'un bruit de chaînons et à la consistance variable, mais le plus souvent liquidienne de la tuméfaction, permettent de faire un diagnostic de bursite sous-deltoïdienne.

Cependant, ce diagnostic ne saurait toujours être porté avec une telle simplicité. La présence de tumeurs conjonctives, musculaires, osseuses, se présentent souvent, avec des signes physiques plus ou moins identiques ; la déformation considérable du membre ou la notion de douleurs anormales peuvent venir compliquer le problème, nécessitent un examen attentif et imposent une critique serrée des faits.

Le *lipome*, en premier lieu, se présente avec cette allure indolente ; son volume variable, sa consistance demi-molle, voire même pseudo-fluctuante, peuvent créer l'hésitation. Mais il s'agit d'une tuméfaction encapsulée, superficielle, entre la peau et le muscle, sur lequel on la mobilise aisément, à surface mamelonnée et lobulée le plus souvent, et dont le diagnostic est en somme facile.

Les *kystes hydatiques de l'humérus*, bien que représentant une affection rare, mais sur laquelle de nombreux auteurs ont insisté, évoluent à bas bruit et se manifestent à leur tour sous la forme d'une tuméfaction qui seule attire l'attention. Mais c'est une tu-

méfaction osseuse, généralement dépressible, donnant parfois la crépitation parcheminée, si la coque amincie est conservée. La radiographie et la ponction sont, dans bien des cas, à cette période, les seuls moyens de diagnostic.

Mais, à côté de ces diagnostics d'exception, le seul aspect du membre et sa déformation éveillent dans l'esprit d'autres possibilités.

L'*ostéo-sarcome* peut se présenter, en effet, sous l'aspect d'une tuméfaction globuleuse, évoluant lentement, sans la moindre réaction sur l'état général. Certains de ces malades s'étonnent du volume anormal de leur épaule, et ne présentent d'autre gêne fonctionnelle que celle inhérente aux dimensions variables de leur tumeur. Ici encore, l'intégrité de l'articulation peut être absolue. Mais les modifications de la peau : circulation collatérale, rougeur légère, chaleur locale, et surtout les douleurs spontanées, la crépitation parcheminée, la prise en masse de l'os à ce niveau, les résultats de la radiographie viendront lever tous les doutes, avant que l'évolution ne vienne confirmer le diagnostic.

Enfin, l'*arthrite fongueuse tuberculeuse de l'épaule* ne donnera pas longtemps le change : le gonflement et les déformations locales, qui peuvent prêter à confusion, les points douloureux articulaires, et surtout les douleurs très marquées au cours des tentatives de mobilisation, l'atrophie rapide des muscles voisins, sont autant de signes qui plaident en faveur de l'arthrite qu'une radiographie viendra toujours confirmer. Il est bien évident que cette arthrite bacillaire de

l'épaule peut être le stade ultime d'une bursite bacillaire sous-delhoïdienne dont le diagnostic désormais ne saurait être fait que par l'histoire de la maladie, de son début et de son évolution.

Parallèlement à cette arthrite, nous devons signaler la possibilité de lésions osseuses tuberculeuses pararticulaires : ce sont les abcès froids ossifluents, de siège variable, s'accompagnant de lésions de l'os toujours nettes et évidentes sur un cliché radiographique.

Une fois le diagnostic fait au niveau de la bourse sous-delhoïdienne, il reste à préciser la nature de la lésion, S'agit-il d'une bursite consécutive à une infection banale, l'évolution sera rapide, s'accompagnant de température et aboutira fréquemment à la suppuration.

Il ne sera d'ailleurs pas rare de retrouver dans les antécédents la notion d'une infection aiguë : grippe, pneumonie, scarlatine, susceptible d'éclaircir l'étiologie de cette bursite.

C'est au contraire la lenteur et la torpidité de l'évolution qui, nous l'avons déjà dit, est la caractéristique principale d'une localisation bacillaire.

CHAPITRE VI

Traitement.

On a mis en œuvre, pour lutter contre la localisation bacillaire de la bourse séreuse sous-delhoïdienne, divers moyens d'ordre médical ou chirurgical. En les exposant, nous discuterons les résultats produits et nous tâcherons d'établir quelle est l'intervention la plus efficace pour préserver notre malade d'une extension possible à l'articulation scapulo-humérale, qui constitue la plus redoutable complication que puisse faire craindre cette affection.

On s'est adressé d'abord aux moyens médicaux, et, comme on le fait dans toutes les autres localisations du bacille de Koch, on a essayé d'enrayer le processus bacillaire en soumettant le malade à une hygiène sévère. La vie au grand air, une alimentation saine et abondante, l'absence de tout surmenage sont, certes, des moyens dont l'utilité reste incontestable. Plus récemment, on s'est adressé à l'héliothérapie, très en vogue pour toutes les localisations tuberculeuses au

niveau des séreuses. Cette méthode, d'une application d'ailleurs délicate et dont l'exposé dépasserait le cadre de notre ouvrage, a, certes, une efficacité qu'il serait puéril de vouloir nier. Néanmoins, lorsque ce traitement médical s'adresse à une affection déjà constituée, arrivée à la période d'état, il est impuissant à amener une régression des symptômes et une *restitutio ad integrum* satisfaisante. C'est en présence, nous ne disons pas de l'échec, mais de l'insuffisance d'une telle thérapeutique, que l'on s'est adressé à des moyens chirurgicaux .

Le plus simple et le premier en date, nous le retrouvons en effet employé dans toutes nos observations déjà anciennes, est la ponction. On vide la poche avec un trocart dont la lumière est parfois suffisante pour évacuer les grains riziformes de petit volume. On fait une injection modificatrice, de teinture d'iode le plus souvent, et un pansement compressif maintient quelques compresses au niveau de la région ponctionnée, tâchant ainsi, par la compression et l'irritation de l'iode, d'obtenir la coalescence des deux feuilletts de la séreuse, assurant la guérison du malade. Cette méthode est séduisante, à cause du traumatisme minime qu'elle crée, mais ses résultats sont malheureusement loin de justifier son emploi. Malgré l'injection modificatrice, les récives sont fréquentes, les ponctions doivent être répétées, et sur certaines de nos observations on note que le malade quitte l'hôpital avec une tumeur simplement diminuée de volume, ce qui, certes, peut être considéré comme une amélioration, mais non comme une guérison. Parfois même, le tra-

jet créé par le trocart s'infecte, alors c'est une fistule, avec une suppuration interminable, laissant ainsi une porte ouverte à toutes les infections secondaires qui viendront singulièrement aggraver le pronostic.

Ce sont d'ailleurs ces médiocres résultats qui ont poussé les chirurgiens à intervenir d'une façon plus efficace à ce niveau : au lieu d'une ponction, on a fait une incision au bistouri de quelques centimètres, on a évacué complètement, par cette voie, le contenu de la tumeur, et après un curettage des parois fongueuses ou résistantes de la poche, on a fait une suture recouverte d'un pansement compressif. Le résultat immédiat est bon et, en règle générale, on a obtenu une suture par première intention ; mais il est évident que la curette n'a pu enlever de la bourse séreuse toute trace d'infection bacillaire et on enferme sous la cicatrice les germes d'une infection qui, un jour ou l'autre, peut se développer et entraîner de redoutables complications.

Tous ces modes de traitement paraissent en somme insuffisants et il en est un dont nous allons parler maintenant qui semble devoir donner de bien meilleurs résultats. Nous croyons utile de rappeler auparavant que nous avons affaire ici à une tumeur encapsulée, à parois résistantes, bien isolées. Il semble donc possible d'en réaliser l'ablation totale et d'arriver, par ce traitement radical, à un résultat satisfaisant.

La voie d'accès sera antérieure, par une incision qui longera le sillon delto-pectoral et qui, suivant les dimensions de la tumeur, aura dix, douze centimètres ou même davantage. Cette incision unique pourrait,

semble-t-il, donner un jour insuffisant, mais, en réalité, le deltoïde étant maintenu par de grands écarteurs, et le bras placé en abduction forcée, en position de relâchement la plus favorable, on obtient, par cette seule voie, un jour suffisant pour permettre d'opérer largement sur une tumeur même volumineuse. La photographie que nous publions (fig. 4) montre une pièce de très grande dimension enlevée par ce procédé. En outre, cette voie d'abord permet de respecter l'intégrité de la vascularisation et surtout de l'innervation du deltoïde que le nerf circonflexe aborde par sa partie postérieure. D'ailleurs, la dissection de la tumeur peut être facilitée par sa vacuité ; dans ce cas donc, dès l'abord, on pratiquera une ponction de la bourse au bistouri, après avoir eu soin de protéger le champ opératoire par des compresses stériles qui élimineront les risques d'inoculation. Une fois au-dessus de la tumeur, le chirurgien pratiquera sa dissection en allant d'avant en arrière ; il dégagera son bord supérieur, puis son bord inférieur, et ainsi, il laisse pour la fin la face la plus délicate, celle par laquelle la tumeur est au contact de la capsule articulaire. Par un mouvement de bascule de bas en haut, il renversera la masse qu'il veut enlever, et cette manœuvre permettra d'avoir un jour considérable et de détacher à petits coups de bistouri l'enveloppe fibreuse de la capsule articulaire avec le minimum de risques pour cette dernière.

Une fois l'extirpation réalisée, on fait une suture des plans superficiels.

Cette intervention agissant sur l'ensemble de la

lésion est évidemment l'opération de choix à laquelle on peut avoir recours dans la majorité des cas. Cependant, lorsqu'on a affaire à une tumeur ancienne, déjà ponctionnée, parfois fistulisée, les adhérences solides, constituées, mettent le chirurgien dans des conditions bien moins favorables, et on peut alors avoir recours à une extirpation partielle, par lambeaux, de la tumeur, mais le pronostic reste réservé. C'est là un fait exceptionnel et, dans la majeure partie des cas, c'est à l'extirpation radicale de la bourse séreuse sous-delhoïdienne, qui, par le peu de lésions qu'elle crée, et le maximum d'efficacité qu'elle donne, doit être préférée à tous autres moyens thérapeutiques.

Conclusions.

I. — La tuberculose peut se localiser au niveau de la bourse séreuse sous-delhoïdienne, tout en laissant intacte l'articulation de l'épaule.

II. — Cette localisation est beaucoup plus rare que la localisation articulaire. Elle s'observe avec prédilection chez l'adulte jeune, où, cliniquement, elle semble constituer le plus souvent une localisation unique du bacille de Koch.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, elle se manifeste soit sous forme de bursite fongueuse, soit, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, sous forme d'hygroma à grains riziformes.

IV. — Son évolution clinique est essentiellement torpide. Elle est caractérisée surtout par des signes physiques : tuméfaction de la région deltoïdienne, fluctuation. Les signes fonctionnels sont réduits au minimum et il est de règle de voir l'articulation conserver l'intégrité totale de ses mouvements.

V. — Le traitement doit viser à l'extirpation totale et en bloc de la tumeur sous-deltoïdienne, de façon à éviter la propagation ultérieure du processus tuberculeux à l'articulation scapulo-humérale sous-jacente.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu : BÉRARD

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Mars 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- ALDO AVONI. — Di un igroma della bursa sotto deltoïda.
La Chirurgia delli organi di movimento, avril 1922.
- BÉRARD ET DUNET. — *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 194.
- BILHAUT. — *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratiques*, Paris, 1892.
- DELORME. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1894, 30 mai.
- GOSSELIN. — *Leçons de clinique*, t. III.
- LANDOW. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1894.
- MORNAC. — *Thèse Paris*, 1899. Des hygromas de la bourse séreuse sous-deltoidienne.
- PATEL et DUNET. — *Communication à la Société de Chirurgie de Lyon*, février 1924.
- POIRIER. — *Anatomie humaine*, tome I et II.
- RICHARD. — *Thèse Paris*, 1898. Des hygromas sous-deltoidiens à grains riziformes.
- STANLEY. — *Medical Times et Gazette London*, 1853.
- SYDNEY (Jones). — *The Lancet*, 1869.
- TESTUT. — *Anatomie descriptive*, tome II.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, tome II.
- THÉVENOT. — Tuberculose des articulations et des séreuses.
- VILLAR. — *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 12 novembre 1923.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	7
CHAPITRE PREMIER. — Rappel anatomique. . . .	9
Observations	13
CHAPITRE II. — Etiologie	27
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique. . . .	31
CHAPITRE IV. — Symptômes et Evolution	37
Evolution et complications	41
CHAPITRE V. — Diagnostic	45
CHAPITRE VI. — Traitement	49
Conclusions	55
Bibliographie	57
